

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE ÇÖZÜM ÖNERİSİ OLARAK
DAVRANIŞSAL İKTİSAT**
**HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY AND BEHAVIORAL ECONOMICS AS
A SOLUTION PROPOSAL**

Arş. Gör. Ece DOĞUÇ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, ece.doguc@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9112-6404

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (14.11.2021-18.12.2021)

Öz

Sağlık harcamaları, sağlık hizmeti kapsamında verilen her türlü işlem için yapılan harcamaların tümünü ifade etmektedir. Sağlık harcamaları özellikle son yıllarda teknolojik gelişmeler, yaşlılığın ve kronik hastalıkların artması gibi nedenler ile oldukça artmıştır. Sağlık bir insanlık hakkıdır ve bu nedenle devletler vatandaşlarının sağlıklarını güvence altına almakla yükümlüdür. Bunun bir sonucu olarak devletler sağlık harcamalarının çok büyük bir çoğunluğunu karşılayan taraf olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde yapılan toplam sağlık harcamaları 2018 yılında 8,3 trilyon dolara ulaşmıştır yani küresel GSYİH'nin %10'una eşittir. Sağlık harcamalarını azaltmak adına geleneksel yöntemler uygulanmakta ancak istenilen başarıya ulaşamamaktadır. Bu nedenle bireylerin davranışlarını nudge (dürtme) kavramı ile değiştirerek daha az sağlık harcaması yapacakları düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bireylerin karar verirken her zaman rasyonel davranmadıkları düşüncesi temelinde olan davranışsal iktisat bu konuda devreye girmiş ve İngiltere başta olmak üzere hükümetler bu kapsamda çalışmalar yapmaya başlamıştır. 2000'li yıllardan itibaren başlayan davranışsal iktisat çalışmaları artarak devam etmektedir. Bu çalışma ile giderek artan sağlık harcamalarına bir çözüm önerisi olarak sunulan, davranışsal iktisat ve nudge kavramı ile geliştirilmiş olan örnek bir çerçeve uygulaması açıklanmış ve bir çözüm önerisi olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık harcamaları, sağlık hakkı, davranışsal iktisat

Abstract

Health expenditures referred to all expenditures made for all kinds of transactions made within the scope of health services. Health expenditures have increased considerably, especially in recent years, due to technological developments, the increase in old age and chronic diseases. Health is a humanity right and therefore states are obliged to ensure the health of their citizens. As a result of this, states appear as the party that covers the vast majority of health expenditures. Traditional methods are applied in order to reduce health expenditures, but they cannot achieve the desired success. For this reason, behavioral economics and the idea that individuals will spend less on health by changing their behavior with the concept of nudge has emerged. Behavioral economics, which is based on the idea that individuals do not always act rationally when making



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

decisions, came into play in this regard and governments, especially England, started to work in this context. Behavioral economics studies, which started in the 2000s, continue to increase. In this study, an exemplary framework application developed with the concept of behavioral economics and nudge, which is offered as a solution to the increasing health expenditures, is explained and presented as a solution proposal.

Keywords: Health, health expenditure, the right to health, behavioral economic

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “*bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı*” olduğunu vurgulamaktadır. Bu tanımın aksine sağlığın ekonomik olarak piyasada sunulması bu tanımın değişmesi demektir. Piyasaya sunulduğunda diğer tüm mal ve hizmetler gibi parası olanlar sağlık hizmetlerine ulaşabilir ve sağlık bir hak olmaktan çıkar.

Sağlık hakkı denilen olgu, sağlık personelinin sorumlulukları, hasta haklarını, sağlık risklerini içermektedir. Burada sosyal güvenlik hakkından da bahsetmek yanlış olmaz. Çünkü sosyal güvenlik hakkının olmadığı ülkelerde sağlık hakkı ve dolayısıyla yaşama hakkı, özellikle yoksul kesimler bakımından, kullanılamaz bir hak haline gelmektedir. Sosyal güvenlik hakkı ise; tüm çalışanların mesleki hastalıkları ile iş kazalarına karşı koruma sağlayacağından sağlık hakkı ile yakın ilişkilidir (Şahbaz, 2009: 410-411). Sağlık ve sosyal güvenlik hakkının olağan bir sonucu olarak devletler vatandaşlarının sağlıklarını korumak, sağlıkları bozulan vatandaşlarını tedavi ve rehabilite etmek ve sağlıklarını geliştirmek için giderek artan miktarda bütçelerinden yer ayırmakta ve bu konu sağlık ekonomisi ve finansmanı olarak ele alınmaktadır.

İşten ayrılma, emeklilik, işgücü devri, iş performansının kalitesi ve iş doyumu için gerekli olan sağlık faktörleri sağlık ekonomisinin kapsamı ve kaygısı içinde kalmaktadır. Sağlık ekonomisinin kapsamlı bir şekilde ele alınmasında dikkate alınması gereken genel konular arasında sağlık hizmetlerinin etkileşimi ve gayri safi milli hasıla, nüfus artışı ve ekonomik kalkınma ve işgücü verimlilikleri; endüstriyel gelişmeyle ilişkili sağlık sorunları; sağlık hizmetlerinin sağlanması; sağlık hizmetlerinin kullanımı ve fiyatlandırılması ve kamu ve kar amacı gütmeyen kuruluş programlarının finansmanı gibi oldukça geniş yelpazededir (Mushkin, 1958: 792).

Güçlü ve büyümenin sürdürülebilir olduğu ekonomilere sahip ülkelere sağlıklı bir toplumun yaşaması muhtemeldir. Toplumun sağlıklı olmasından bahsedilmesi için ise sağlık ihtiyacını her basamakta karşılayan sağlık hizmetlerinin var olması gerekmektedir. Tüm sağlık hizmetlerinin verilmesi için yapılacak olan tüm koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme hizmetlerinin verildiği ayrıca sağlık yatırımları için yapılan hem devlet hem de bireyler tarafından karşılanan tüm harcamalardır.

2030 Gündeminin 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SDG), sürdürülebilir kalkınmanın (ekonomik, sosyal ve çevresel) üç boyutunu bütünleştirerek, yoksulluk ve eşitsizliğin ortadan kaldırılmasının, kapsayıcı ekonomik büyümenin ve Dünyayı korumanın ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu kabul eder. Sağlık, 2030 Gündemi içerisinde merkezi olarak konumlandırılmıştır ve tek bir kapsamlı hedef (SDG 3) ve 13 temel hedefi, tüm önemli sağlık önceliklerini ve diğer hedeflerin çoğunda hedeflerle bağlantıları kapsamaktadır (DSÖ, 2016).

Dünya genelinde sağlık harcamaları hızlıca artmaktadır ve bu harcamaların büyük çoğunluğu kamu harcamalarından oluşmaktadır. Sağlık harcamaları arttıkça, politika yapıcılar, büyük işverenler ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sigortacılar, tüketilen bakım kalitesini önemli ölçüde azaltmadan sağlık harcamalarındaki büyümeyi nasıl sınırlandıracağı sorunuyla boğuşmaktadır (Brot-Goldberg vd. 2017: 1262).

Sağlık harcamalarının büyüklüğü nedeniyle neden arttığını bulmak önemlidir. Araştırmanın amacı ise Türkiye’de sağlık harcamalarının genel durumunu değerlendirmek ve ülkemizi diğer ülkelerle sağlık harcamaları yönünden karşılaştırmaktır. Ayrıca modern yaklaşımlardan olan davranışsal iktisat yaklaşımından bahsedilerek sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik bir çözüm önerisinden bahsedilmesidir.

GENEL BİLGİLER

1. Sağlık Hakkı Kavramı

Modern insan hakları temel bazı özellikleri içerir; insan olmak bu haklara sahip olmak için yeterlidir, sonradan kazanılmaz doğal olarak bulunur, dünyadaki tüm insanlara uygulanır kimse ayırt edilmez ve esas olarak insanlar ve devletleri arasındaki ilişkiyi içerir ve düzenler (Mann vd. 1994: 10). Sağlık hizmetleri özellikle sosyal devlet anlayışının bir temeli olan halk sağlığı hizmetleri doğrudan veya dolaylı olarak devlet tarafından gerçekleştirildiğinden temel insan haklarının bir uzantısı olarak düşünülmektedir ve hükümet yetkilileri toplum sağlığını korur ve geliştirirken aynı zamanda insan haklarını da korur ve geliştirir (Mann, 1997:9).

Alma Ata’da DSÖ tarafından 1978 yılında düzenlenen uluslararası toplantıda hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutmuş ve uluslararası sağlık düzeyinde fark olmasının bütün ülkeler için tehlike yaratacağını belirtmiştir. Ayrıca ülkeler için sağlık politikası olarak “Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımını benimsemiştir. Yaklaşım, sağlığın sağlık hizmetleri verilmesinden daha çok beslenme, konut, gelir, çevre, iş gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur ve önceliği ilk basamak ve koruyucu hizmetlere verir (TTB, 2007).

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasasının 56. Maddesine göre, “Herkes, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” (m. 56/1); “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” (m. 56/3); “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” (m. 56/4) ve “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (m. 56/5) Anayasamızda da güvence altına alınan sağlık hakkı, her vatandaşın temel sosyal haklarından biridir ve devlet; tüm vatandaşlarına bu hakkı vermek zorundadır

1982 Anayasası’nda da belirtildiği üzere, sağlık kuruluşlarını tek çatı altında toplayıp hizmet verimini düzenlemek devletin asli görevidir. Sağlık hizmeti, aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, hastane, laboratuvar vb. sermaye etkenleri ile hemşire, hekim, laborant, hastabakıcı gibi emek etkenlerinden oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmetlerinin özellikle devlet eliyle yapılmasının bazı sebepleri bulunmaktadır. Bunlar (Orhaner, 2006: 2-3);

- Sağlık hizmetlerinde özel kesimin varlığı; kamunun yatırım gücü kadar etkin değildir ve sağlık hizmeti talebini karşılamaya yetmez.
- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi ve bireyler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünlüğü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; bazı nedenlerden dolayı zordur. Özellikle, gelir dağılımındaki eşitsizlik, insanların bilgisizliği, sağlık hizmetleri kalitesi örnek

gösterilebilir. Bu yüzden, devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.

- Sağlık hizmetlerinde dışsallık vardır. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirdiğinden, ülke çapında hizmet götürülmelidir.
- Özel kesimde karlılık oranı esastır ve kara göre hareket ettiklerinden, sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir. Devlet, bu durumu engellemek durumundadır.

Devletlerin, ekonomik kalkınmada önemli gördükleri nokta ve ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri, sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan hizmetleri, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmak (Tutar ve Kılınç, 2007: 32), toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamaktır. Ayrıca sağlık sektörü, müşterilerin tatminin sağlanması bakımından en problemlilerden biri olarak gözükmektedir. Hastaların artan şikayetleri, teknolojinin hızla değişmesi, iyi bakım isteğinin yaygınlaşması ve artan maliyetler sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan temel kurumlar ise; Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve özel sağlık kurumlarıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına bakılacak olursa, devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkı payları, özel sigortalar ve cepten yapılan ödemeler olarak nitelendirilebilir.

2. Sağlık Harcamaları

Sağlık ekonomisi literatüründeki birçok çalışma, sağlık harcamalarını, kısmen ekonomik harcamaların bir sonucu olan, daha iyi sağlık sonuçlarına atfedilen, ekonomik gelişme düzeyindeki farklılıkları açıklayan önemli bir faktör olarak tanımlamaktadır. Sağlık durumunun iyileştirilmesinde, yeterli ve verimli bir şekilde sağlık harcamalarının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir (Aboubacar, 2017: 615).

Sağlık hizmetlerinde görülen maliyet artışları sağlık sektörünün önemli problemlerindedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar ve sunumunda yapılan harcamalar ülkelerin genel harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlığa ayrılan fonlar ve yapılan harcamalar ülkelerin gelişmişlik göstergelerini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Can, 2020: 345)

Global olarak nerdeyse tüm ülkelerin ana hedefi, sağlık bireylerden oluşan bir topluma ulaşmaktır. Çünkü, refahın, istikrarın, güvenliğin, gücün ve mutluluğun en önemli etkeni ruh ve beden sağlığına sahip olmaktır. Bir ülkedeki sağlık durumu ekonomik büyümesini birçok şekilde etkilemektedir. Genel nüfusun sağlığı düzeldiğinde, ülke belirli bir beceri, fiziksel sermaye ve teknolojik bilginin birleşimi ile daha fazla çıktı üretebilir (Wang, 2011: 1357-1538). Sağlık en önemli değerdir, sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması için sağlıkla ilgili ürün üreten tüm kurum ve kuruluşların oluşturduğu sisteme sağlık sektörü, bu sektör için yapılan bütün harcamalara da sağlık harcaması denilmektedir (Ersöz, 2008: 95). Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden biri, hangi harcamaların sağlık harcaması kriterine gireceğidir. Temel sağlık hizmetleri denilen tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık harcamalarının yanı sıra günümüzde artık sıkça yapılan yağ aldırma, saç ektirme gibi kozmetik amaçlı harcamaların ve rekreasyon (fitness, kaplıca vb.) faaliyetlerinin de sağlık harcamalarına girip giremeyeceği tartışma konusu olmuştur. Ayrıca, uluslararası sağlık harcamalarını karşılaştırmak amacı ile standart tanımlamalar kullanılmıştır. Bunlardan en önemlileri, kişi başına düşen sağlık harcamaları, ilaç harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içindeki payı, sağlık harcamalarının GSYİH ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

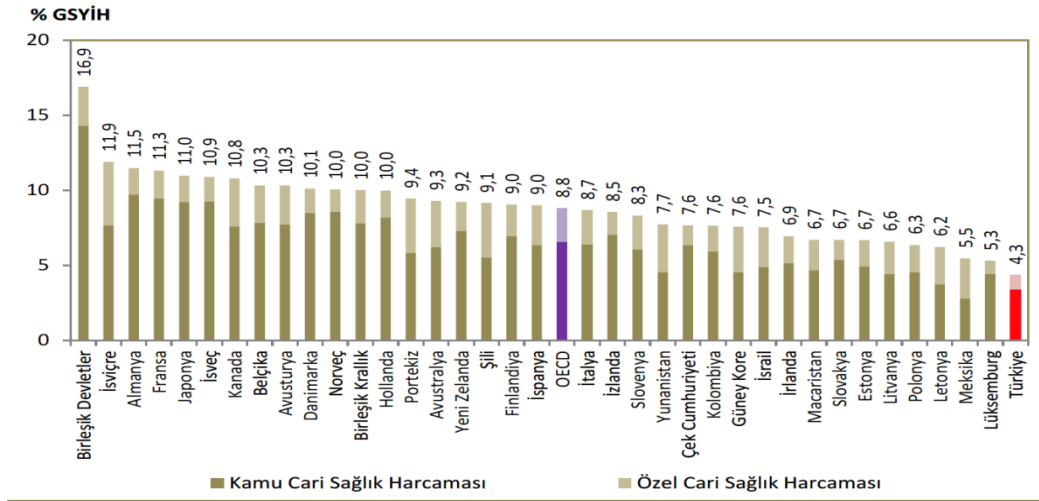
Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

toplam harcamalar içindeki payıdır. Böylece belli bir zaman diliminde ülkeler arasındaki sağlık değişim ve eğilimleri gözlemlenebilmektedir (Tokalaş, 2006: 25).

Dünya geneline bakıldığında toplum sağlığını ilgilendiren neredeyse bütün büyük girişimleri kamunun finanse ettiği görülmektedir. Kamu genel olarak toplum sağlığı hizmetlerini, tedavi hizmetlerini ve kamu sigorta programlarını finanse etmekte ya da desteklemektedir (Dielaman ve Hanlon, 2014: 129). Dünya genelinde yapılan toplam sağlık harcamaları 2018 yılında 8,3 trilyon dolara ulaşmıştır yani küresel GSYİH'nın %10'una eşittir. Geçtiğimiz beş seneden beri ilk defa ülkelerin büyümesi sağlık harcamasının büyüme oranından fazla olmuştur. 2018 yılında küresel harcamaların %59'unu oluşturan 4,9 trilyon ABD doları ile en büyük payı yerel kamu kaynakları almıştır. Özel sağlık harcamaları 3,4 trilyon ABD doları veya küresel harcamaların %41'ini oluşturmuş ve bunların çoğu hane halkı tarafından cepten yapılmıştır. Dış yardımlardan sağlanan sağlık harcamaları, bir önceki yıllara aynı şekilde, küresel harcamaların %0,2'sini oluşturmuştur. (DSÖ, 2020: 2). 2025 yılında 12,5- 14 trilyon dolara yükseleceği öngörülmektedir. Bu harcamanın yaklaşık %60'ı (6 trilyon dolar) 2016 yılında kamu tarafından finanse edilmiştir ve 2025 yılında da aynı oranın sürdürülebileceği belirlenmiştir (Sağlık Ölçüm ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME), 2019).

Son birkaç on yılda olduğu gibi, sağlık harcamalarının 2028'e kadar olan projeksiyon döneminin her yılında ortalama olarak ekonominin geri kalanından daha hızlı büyümesi ve giderek daha büyük bir GSYİH payını tüketmesi beklenmektedir. Böylece, ABD nüfusunun sigortalı payında öngörülen mütevazı bir düşüşle bile, sağlık harcamalarının 2028'de GSYİH'nın yüzde 19,7'sine ulaşacağı tahmin ediliyor. Tıbbi mal ve hizmetler için enflasyonda beklenen artışlar, ulusal sağlık harcaması büyümesini hızlandırmanın temel itici güçleridir, çünkü hizmetlerin kullanımı ve yoğunluğunun, kısmen sigorta kapsamına sahip nüfusun payının hafifçe düşeceği tahmin edildiğinden, son yıllara göre daha yavaş artması beklenmektedir (Hartman vd. 2019: 8).

Dünya Sağlık Örgütü (2017)'ne göre sağlık finansmanı istatistiklerine göre halen birçok gelişmekte olan ülkede kişi başına toplam sağlık harcamaları düşük seviyelerdedir. Çoğu gelişmekte olan ülke, GSYİH %5 ve %8'i arasında pay ayrılmaktadır. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları ise tüm bölgeler için 2000 ile 2013 yılları arasında reel olarak yaklaşık %40 artmıştır. Bu durum basite ekonomik büyümeyi yansıtabilir ancak birkaç ülkede devlet bütçesindeki tahsilatlarda sağlık için önceliklendirmenin artması da söz konusu olduğu bilinmektedir. Ortalama olarak, ülkeler genelinde, küresel cepten ödemelerde sağlık harcamaları biraz azalmıştır (2000-2004 döneminde toplam sağlık harcamalarının %35 iken 2010-2013 yılları arasında %31'e düşmüştür) ve bu da finansal korumada bir iyileşme olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2016).



Şekil 1. Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2019 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

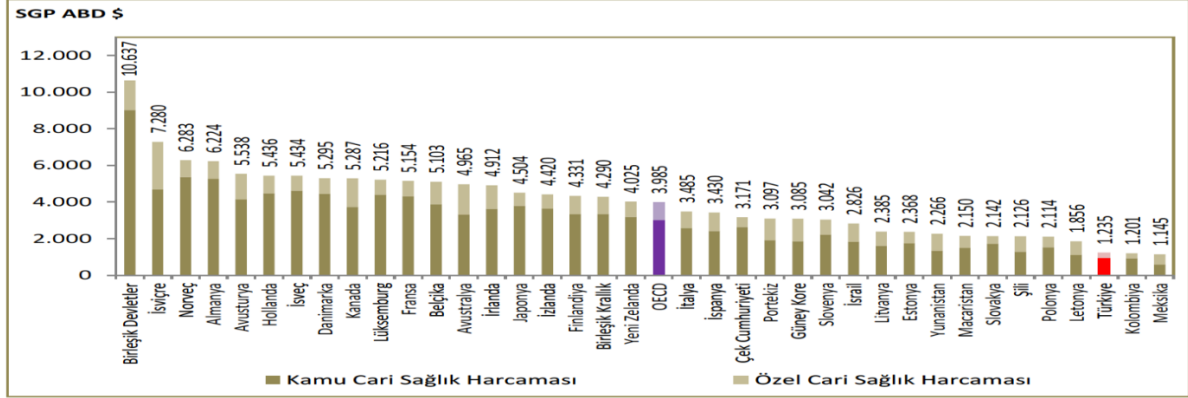
Bir ülke ekonomisinin gelişmesiyle birlikte halkı, yaşam kalitesine daha fazla değer verme eğilimindedir ve bu nedenle, özellikle ulusal geliri yüksek gelişmiş ülkelerde tıbbi hizmetler için daha yüksek bir talebe sahiptir. Ekonomik kalkınmanın sağlık harcamalarına etkisi üzerine yapılan önceki ampirik çalışmalar, sağlık harcamalarının, benzer ekonomik gelişmişlik düzeylerine sahip farklı ülkelerde büyük farklılıklar gösterdiğini ve farklı ekonomik gelişmişlik düzeylerine sahip ülkelerde bu farkın daha da fazla olduğunu göstermiştir (Wang, 2011: 1536). Ekonomik kalkınmışlık açısından benzer özelliklere sahip olan OECD ülkeleri arasında dahi farklılıklar bulunmaktadır. OECD ülkeleri arasında GSYİH içinde sağlık harcamalarına ayrılan pay Şekil 1’de gösterilmiştir. Ayrılan paylara bakıldığında en fazla payı ayıran ülkenin özel sağlık hizmetleri dünyada neredeyse en fazla geliştiği Birleşik Devletler (%16,9) olarak görülmektedir. En az pay ayıran ülke ise %4,3 ile Türkiye olmuştur. OECD ortalaması ise %8,8’dir ve Türkiye ortalamasının oldukça altında kalmıştır.

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının 2002-2019 Yılları Arasında Değişimi

Yıl	Para Birimi	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Yatırım harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)
2002	Milyon TL	359.336	18.331	5,1	443	0,1	18.774	5,2
	Milyon ABD \$	236.336	12.056		291		12.347	
2010	Milyon TL	1.167.664	58.623	5,0	3.054	0,3	61.678	5,3
	Milyon ABD \$	777.461	39.033		2.034		41.067	
2018	Milyon TL	3.758.316	154.998	4,1	10.236	0,3	165.234	4,4
	Milyon ABD \$	797.124	32.875		2.171		35.045	
2019	Milyon TL	4.320.191	187.673	4,3	13.357	0,3	201.031	4,7
	Milyon ABD \$	760.778	33.049		2.352		35.401	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

Türkiye, sağlık harcamaları, özellikle kamu sağlık harcamaları, son 10 yıllık dönemde en hızlı artan ülkeler içinde yer almaktadır. 2002-2010 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları yıllık ortalama % 7,1 oranında artış gösterirken, kamu sağlık harcamaları % 9,1 oranında artmıştır. Bu oranlar % 4 ve % 4,1 olan OECD ortalamasından oldukça fazladır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu artışın bir ölçüde ekonomik büyüme ile ilişkili olduğu sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranına bakıldığında belirginleşmektedir.



Şekil 2. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, SGP ABD \$, 2019 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Şekil 2 incelendiğinde en yüksek kişi başı sağlık harcamasının kapsamlı bir kamu sağlık sigortasının bulunmadığı özel sağlık sigortalarının hakim olduğu Birleşik Devletlere (10.637 dolar) ait olduğu görülmektedir. Türkiye ise OECD ortalamasının (3.985 dolar) altında kişi başı 1135 dolar ile son sıralarda yer almaktadır. Bunun nedeni olarak ise Genel Sağlık Sigortasının yaygın olarak vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlaması ve devletin kapsamlı sağlık hizmeti vermesi görülebilir.

2.1. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri

Günümüzde ülkeler için önem arz eden konulardan biri kaynaklarını etkin kullanma isteği ve bunun sonucu olarak harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını irdelemektir. Sağlık harcamaları da dünya genelinde bir artış göstermiş, bunun sonucunda harcamaları arttıran nedenlere karşı merak duyulmuştur. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenlerinin yapılan araştırmalar ise genel olarak ortak olduğu kanısına varılmıştır (Akin, 2007: 31).

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerinin ve harcamalarının artışları hem çok etmenli hem de oldukça karmaşıktır. Sağlık bilincinin artması, teknolojik gelişmeler, gayri safi yurtiçi hasılanın ve kişi başına düşen gelirin artması, beklenen yaşam süresinin artması ile yaşlı kişi sayısının artması gibi nedenler olarak sınıflandırılabilir (Abel-Smith, 1984; Evans, 1990; Pane and Taliaferro, 1994; Marquez, 1990; Berk, 1993).

1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Dünya’da gerçekleşen global eğilimler, toplumların daha da bilinçlenmelerine ve buna bağlı olarak sağlık ve hastalık kavramlarının değişmesine neden olmuştur. Eğitim seviyelerinde olan yükselişler, emeğin organizasyonu ve yükselen trendi, daha kaliteli sağlık hizmeti anlayışı sonucu hastaların talepleri de etkilenmiştir. Artık hastalar bilinçli, neyi-niçin yaptığını bilir hale gelmişlerdir. Bu talep de doğal olarak sağlık harcamalarının artmasına sebep olmuştur (Yıldırım,

2000: 3). Sosyo-ekonomik düzeydeki artış ve eğitim seviyesinin yükselmesi, okuma alışkanlığı ve gündemden daha fazla haberdar olmayı da beraberinde getireceğinden, bu kişiler sağlıktaki yenilikler açısından daha bilgili olmaktadır. Sağlıkta yaşanan asimetrik bilgiyi azaltmaya çalışan bu durum sonucunda kendilerine iyi gelecek yeri ve tedaviyi seçme potansiyelleri de yükselecektir. Seçme özgürlüğünün artması, sağlık harcamalarına yapılan giderlerde de bir artışa sebep olacaktır.

2. *Teknolojik Gelişmeler*

Sağlık ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Sonuç olarak hastalıkların tanı, teşhis ve tedavileri için gerekli olan hizmetlerin daha hızlı ve kaliteli tasarlanması için tasarlanan tıbbi yönelimli bütün cihazların önemi artmakta ve büyük bir ticaret hacmine dönüşmektedir (Nehri ve Yalçın, 2019: 9). Günümüzde her alanda olduğu gibi teknoloji alanında da birçok yeniliğe imza atılmıştır ve bu yeniliklerin diğer sektörlerde de etkisi olmuştur. Özellikle sağlık sektörüne olan etkisi de yadsınamayacak kadar büyüktür. Hastanelerdeki kalitenin artmasındaki en büyük yatırımlardan biri, etkin işleyen bir hastane bilgi sisteminin varlığıdır. Etkin işleyen hastane bilgi sistemi, hastane müşterilerine daha az bürokrasiye yakalanma ve sağlık hizmetlerine daha kısa sürede ulaşma imkanı sağlar. Ayrıca personel verimliliğini en üst seviyede tutarak, mevcut kapasitenin daha optimal kullanılmasını sağlar (Şahin vd.,2005: 70). Hastane otomasyonunun sağladığı bu yararların yanı sıra teknolojideki hızlı gelişme tıp araç ve gereçlerinin de gelişmesine olanak vermiştir. Bütün bu yenilikler, sağlık giderlerini etkileyecek ve sağlık harcamalarında artışa sebep olacaktır.

3. *Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ve Kişi Başına Düşen Gelirin Artması*

Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki birçok çalışmanın temel konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda yapılan çeşitli ampirik çalışmaların birbirinden farklı bazı sonuçlara ulaştığı da gözlenmektedir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki üzerine ortaya konulmuş çalışmalar sonucu elde edilen bulguları dört gruba ayırmak mümkündür (Akar, 2014: 312).

Bunlardan ilki sağlık harcamalarındaki yükselmenin GSYİH'yi artış yönünde etkilediği kanaatidir. Bu düşünceye göre sağlık harcamaları ile GSYİH arasında tek yönlü ve artış sağlayan bir ilişki bulunmaktadır. İkincisi sağlık harcamaları ile GSYİH arasında karşılıklı bir etkileşimin bulunduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık harcamalarının artması GSYİH'yi artırırken; GSYİH arttıkça sağlık harcamaları da artmaktadır. Bu konuda ortaya konulan üçüncü yaklaşımda ise sağlık harcamaları ile GSYİH arasında düzenli ve kendini tekrar eden bir ilişki kurulamayacağı ifade edilmektedir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişkiyi ele alan dördüncü yaklaşımda ise sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi negatif etkileyebileceği ortaya konulmaktadır. Kar ve Taban (2003:166), Türkiye'de 1971-2000 dönemine ait yıllık verileri kullanarak Türkiye'deki kamu harcaması çeşitlerinin ekonomik büyümeye etkilerini eş-bütünleşme analizi aracılığıyla araştırmıştır. Araştırma sonucunda sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etki yarattığı saptanmıştır.

Bir ülkede kişi başına düşen gelirin düşük olması, temel ihtiyaçların yeterince karşılanamaması sonucunda sağlığın bozulmasına neden olur. Böyle bir durumda ortaya çıkacak tedavi masrafları, sağlık harcamalarını artırarak bireyin ekonomik açıdan daha da zorlanmasına neden olmaktadır. Daha yüksek gelir düzeylerinde ise bireyler hem kamu kesiminden hem de özel kesimden ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini temin edebilmektedirler. Kişi başına düşen gelir arttıkça, bireylerin sağlık hizmetinden faydalanma oranı da sağlık harcamaları da artış göstermektedir. Sonuç olarak kişi başına düşen gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu söylenebilmektedir (Kocasoy, 2014:21-22).

4. Yaşlı nüfusun artması

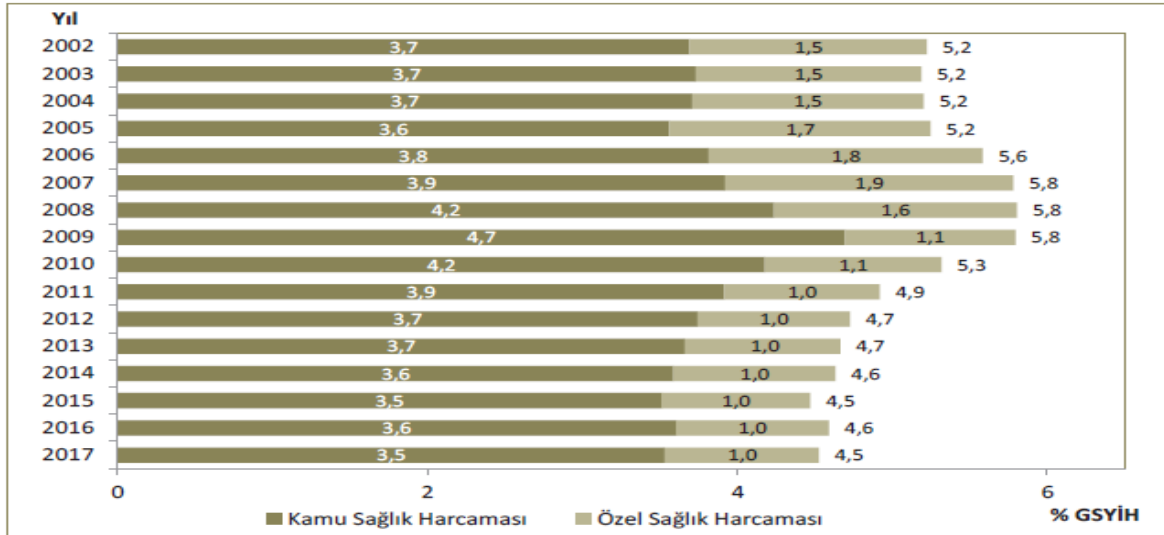
Dünya nüfusu ile ilgili yapılan birçok araştırma, ortalama yaşam süresinin uzadığını ve ülkelerin nüfuslarının gittikçe yaşlandığını göstermektedir. Dünyanın gelişmiş olarak kabul edilen bölgelerinde 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki payı 2000 yılında %18,7 iken, bu oranın 2025 yılında %25,3 olması beklenmektedir (Mutlu ve Işık, 2013: 221). OECD ülkeleri için doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2014 için ilan edilen verilerde 80 yıl olarak belirtilmiştir (OECD, 2014).

Doğumda beklenen yaşam süresi, bir ülkenin gelişmişlik göstergeleri arasında değerlendirilmektedir. Buna ek olarak yaşam süresi ile bir ülkedeki sağlık harcamaları arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bir ülkede sağlığa yapılan harcamalar yaşam süresini artırırken, ülkedeki yaşam süresi arttıkça sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Bunun en önemli nedeni ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesidir. Hatta ileri yaş sağlık tüketicilerinin zaman zaman gereğinden fazla sağlık hizmeti tüketmesi sağlık harcamalarının artışı üzerinde oldukça etkilidir. Bu nedenle ülkeler yaşam süresinin yükselmesini olumlu karşılarken sağlık harcamalarının kontrolsüz artışı ile ilgili önlemleri gündeme taşımaktadırlar (Çelik, 2011: 55).

2.2. Sağlık Harcamalarının Çeşitleri

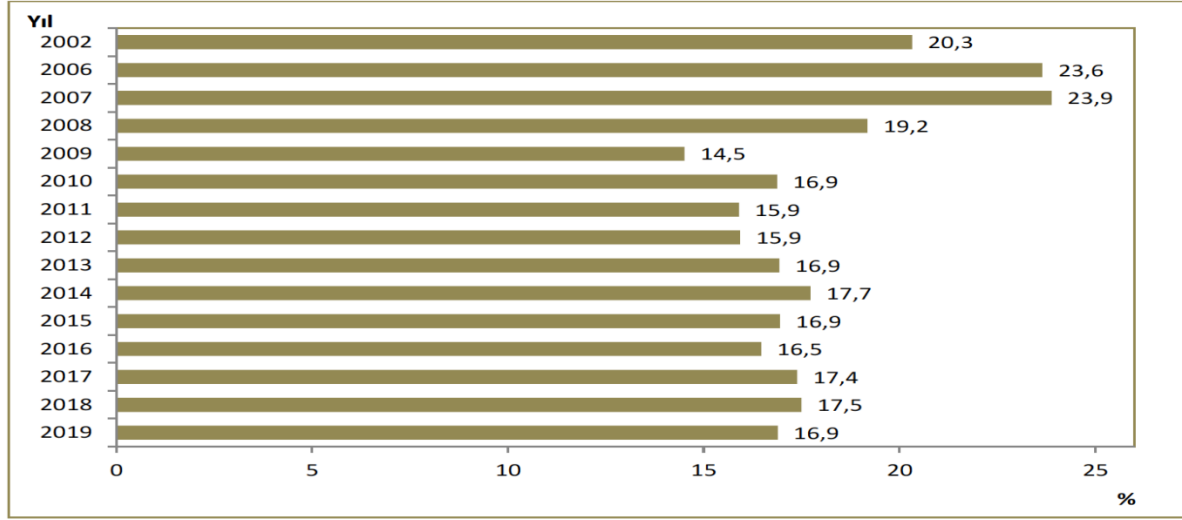
Bir ülkede sağlık hizmetlerinin piyasaştırılması ve kâr oranının en üst düzeye çıkartılması; sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumunda kamunun rolünün azaltılması, hatta giderek ortadan kaldırılması ile gerçekleşebilecek bir olgudur (Erol ve Özdemir, 2014: 19). Ülkemizde 2003 yılından itibaren hizmete giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlığın finansmanı tek elde toplanmıştır. Başta kamu olmak üzere özel sağlık harcamaları da dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının büyük çoğunluğunun Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan hizmet aldıkları bir modele geçilmiştir (Çiçeklioğlu, 2011: 68). Sağlık harcamaları cari ve toplam sağlık harcaması olarak ayrılmaktadır. Cari sağlık harcamaları yatırım harcamaları dışında kalan tüm sağlık harcamalarını ifade etmektedir.

Bundan sonra bahsedilen tüm sağlık harcamaları cari sağlık harcamalarıdır.



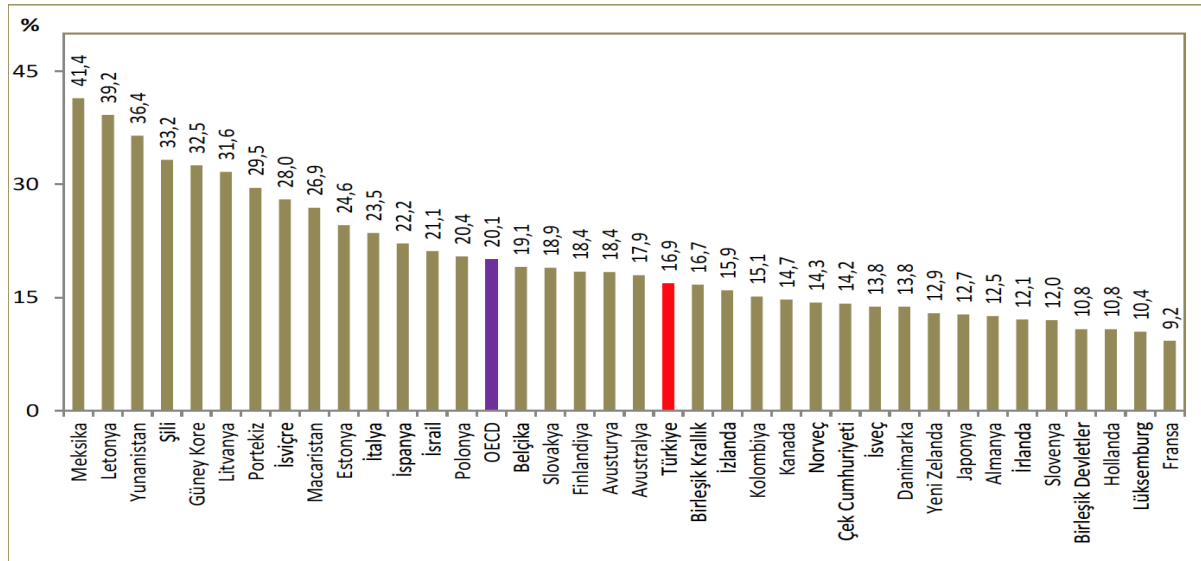
Şekil 3. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Türkiye’de sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu tarafından yapılmaktadır. Son 20 yılda sağlık harcamalarının kamu ve özel sağlık harcamalarının payı toplam sağlık harcamalarının içinde aynı doğrultuda devam etmiştir. Türkiye’nin sağlık sistemi Beveridge ve Bismarck sistemlerinden etkilenen ancak daha çok primli sağlık sistemine kayan bir karma sistemdir. Ayrıca düşük oranda olsa özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerde sistemde yer almaktadır.



Şekil 4. Yıllara Göre Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Toplam Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, (%) (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Cepten yapılan ödemeler, kişilerin sağlık hizmetlerine ve kullanılan ürünler için yaptıkları dolaylı ve doğrudan yaptıkları ödemelerdir (Egemen, 2019: 409). Genel Sağlık Sigortasının (GSS) yürürlüğe girmesi ve kamunun sağlık hizmetlerinin kapsamının artması ile birlikte cepten yapılan ödemelerin oranları 2002’de %20,3 iken 2019 yılında %16,9’lere düşmüştür.



Şekil 5. Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2018 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

* Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülkelere ait veriler 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye'nin %16,9 ile OECD ülkelerinin altında bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamalar ise %41,4 ile Meksika ve %39,2 ile Letonya'dır. Bu tablo ülkemiz açısından olumlu bir yödedir. Çınaroğlu (2018) tarafından yapılan araştırmada Türkiye'de cepten yapılan ödemelerin GSS'nin yürürlüğe girmesiyle sisteme daha fazla bireyin katıldığı böylece finansal yükün toplumda daha eşit olarak dağıtıldığı belirtilmiştir. Ancak sistemin sürdürülebilirliğinin gözden geçirilmesi gerektiğini de belirtmiştir.

Tablo 6. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2002-2019, Milyon TL

2002		Kamu Sağlık Harcaması			Özel Sağlık Harcaması		
Genel Sağlık Harcaması toplamı	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer ⁽¹⁾
18774	13270	15283	356	7631	5504	3725	1779
2019		Kamu Sağlık Harcaması			Özel Sağlık Harcaması		
Genel Sağlık Harcaması toplamı	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer *
201031	187673	42650	1357	102226	41441	31698	9743

Kaynak: TÜİK, 2020

(*diğer sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme) kapsamaktadır.)

2002 yılında özel sağlık sigortalarının sağlık harcamalarındaki payı yaklaşık %30 iken 2019 yılına gelindiğinde özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı %21'lere düşmüştür. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapsam artırması, özel sağlık kuruluşları ile anlaşmaların artması ile kamuya ait harcamaların arttığı bilinmektedir.

Tüm dünyada artmaya devam eden sağlık harcamalarının artmasını yavaşlatmaya yönelik girişimlerde politika araçlarının hangi kombinasyonlarının kalite, erişim ve maliyet etkililiğinin doğru dengesinin sağlayabileceği konusunda tartışmalar sürmektedir. Bu tartışmalardan birisi de davranışsal iktisat kapsamında devam etmektedir.

3. Davranışsal İktisat

Değişen davranış için mevcut olan geleneksel araçlar, sağlık harcama eğrisini bükmek için gerekli olan sonuçlara ulaşmakta başarısız olmuştur. Sağlık harcamalarını içermeye yönelik çabalar tek bir kavramsal çerçeveye uymamıştır. Bununla birlikte, genellikle fiyat değişimlerine ve bilgiye dayalı müdahalelere dayanan kullanımdaki politika kolları, geleneksel rasyonel seçim teorisi ile büyük ölçüde bilgilendirilmektedir. Bu teori, insanların fiyat, kalite, işlev ve diğer faktörler hakkında piyasadaki bilgilere dayanarak olası sonuçlara ilişkin olasılıkları ve faydaları dikkate aldıklarını ve daha sonra kendilerini tanımladıkları halde, kendilerine en fazla yararı sağlayan seçeneği güvenilir bir şekilde takip ettiklerini varsayar. Ancak "rasyonel" tepkilere dayanan politikalar genellikle hedeflerine ulaşmakta başarısızdır. Performansa göre ödeme planları, sağlayıcıları sağladıkları



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

bakımın kalitesini artırmaya, bu bakımın maliyetlerini düşürmeye ve bazen her ikisini de yapmaya teşvik edecek mali teşvikler içerir. Yine de bu programların daha iyi bakım veya daha yüksek maliyet etkinliği sağladığına dair çok az kanıt bulunmaktadır. (King vd. 2013: 661-662).

Ekonomi biliminde insan davranışlarının rasyonel olmayabileceği kavramı, 2002 yılında Nobel Ekonomi Ödülü'nün Smith ile bilişsel bir psikolog olan Kahneman'a verilmesi ile ekonomi ve psikoloji arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmiş ve davranışsal iktisata verilen önem artmaya başlamıştır. Ekonomik analizlerde insanların algılarının önemi ve gerçekçiliğini artırmak için sınırlı rasyonalite ilkesini açıklayarak ekonomi biliminin psikoloji ile desteklenmesi anlayışı benimsenmiştir. Bunun yanı sıra kavram insanların çevresel faktörler, düşünceler, duygular ve zihinsel sapmalarından dolayı hiçbir zaman rasyonel olamayacağını savunmuş ve ekonomi biliminde yeni bir yaklaşımın temsilcisi haline gelmiştir (Kitapçı, 2017: 86).

Davranışsal iktisadın özünde, iktisadi analizin psikolojik temellerinin gerçekçiliğinin arttırılmasının iktisadın kendi terimleriyle gelişeceği, teorik kavrayışlar yaratacağı, alan fenomenleri hakkında daha iyi tahminler yaratacağı ve daha iyi bir politika önereceği inancı yatmaktadır (Camerer ve Loewenstein, 2011: 2). Davranışsal iktisat teorileri genel olarak rasyonel modelin temel mimarisini muhafaza etmiş, spesifik anomalileri hesaba katmak için tasarlanan bilişsel sınırlamalar hakkında varsayımlar eklemiştir (Kahneman, 2003: 1474). Geleneksel politikaların yanı sıra yukarıda bahsedilen davranışları değiştirmeye yönelik politikalarda uygulanmaya başlanmıştır.

Davranışı etkileme yeteneği sağlık, finans ve iklim değişikliği gibi alanlarda önemli politika sorunlarının çoğunda merkezi bir rol oynar. Ekonomideki ve psikolojideki davranış değişiminin olağan rotası, insanların bilgiyi ve teşvikleri kullanarak düşündüklerini etkileyerek “zihinleri değiştirmeye” çalışmışlardır. Bununla birlikte, insanların (büyük ölçüde otomatik yollarla) hareket ettiği ortamları etkileyerek “değişen bağlamları”nın davranış üzerinde önemli etkileri olabileceğini gösteren kanıtlar artmaktadır. Davranışlarımızı çoğunlukla otomatik (kasıtlı değil) biçimlerde etkileyen dokuz en güçlü etkiyi toplayan bir anımsatıcı olarak İngiltere Devleti'ne bağlı olarak kurulan Davranışsal Öngörüler Ekibi (The Behavioural Insights Team) tarafından The MINDSPACE geliştirilmiştir. Bu çerçeve politika yapımcılar tarafından akademik literatürün erişilebilir bir özeti olarak kullanılmaktadır (Dolan vd. 2012: 264).

The MINDSPACE aslında, davranış üzerindeki dokuz etkiyi içeren bir kısaltmadır. Bu etkiler; haberci (messenger), teşvikler (incentives), kurallar (norms), varsayımlar (defaults), dikkat çekici (salience), çalışma (priming), duygulanım (affect), bağlılık (commitments) ve ego'dur (Dolan vd. 2010: 18). Aşağıdaki tabloda (Tablo 7) çerçeve kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo 7. Davranış değişikliği için MINDSPACE çerçevesi

MINDSPACE işareti	Davranış
Haberci	Bize bilgi ileten kişilerden çok etkileniriz.
Teşvikler	Teşviklere verdiğimiz cevaplar, kayıplardan büyük ölçüde kaçınmak gibi öngörülebilir zihinsel kısayollar (insanlarda ve makinelerde problem çözmeyi kontrol etmek için, kolay erişilebilir, ancak gevşek uygulanabilir bilgiler kullanan stratejilerdir) şekillenir.
Kurallar	Başka insanların hareketlerinden çok etkileniriz.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Varsayımlar	Önceden ayarlanmış seçeneklere göre olayları akışına bırakıyoruz.
Dikkat çekici	Dikkatimiz yeni olanın neye benzediğini ve bizim ile alakasının ne olduğuna odaklanır.
Çalışma	Davranışlarımız çoğunlukla bilinçaltımızdan etkilenir.
Duygulanım	Duygusal ilişkilerimiz eylemlerimizi güçlü bir şekilde şekillendirebilir.
Bağlılık	Toplum içerisinde sözlerimiz ve karşılıklı davranışlarımızla tutarlı olmayı hedefleriz.
Ego	Kendimiz hakkında daha iyi hissetmemize yardımcı olacak şekilde hareket ederiz.

Kaynak: Dolan vd. 2012: 266

MINDSPACE çerçevesi, davranışı etkilemek için kullanılabilir ve kullanılmış en sağlam ve güçlü araçlardan bazılarında hızlı bir genel bakış sağlar. Daha güvenli topluluklar, iyi toplum ve sağlıklı ve iç açıcı yaşamlar olarak üç geniş politikası vardır. The MINDSPACE çerçevesi aynı zamanda, İngiliz Hükümetin kamu parasını nasıl daha etkili bir şekilde harcayabileceğine dair yol göstermektedir. Şu dokuz sorunla ilgili uygulamalar yapılmaktadır: sigara içme, organ bağıışı, ergen gebeliği, alkol kullanımı, obezite, şeker hastalığı, yiyecek hijyeni, fiziksel aktivite ve sosyal bakımdır. 2010 yılı verilerine göre sigaraya bağlı hastalıkları tedavi etmek için yılda 2,5 milyar sterlinin üzerinde harcama yapılırken sigarayı bırakmayı teşvik etmek için 150 milyon sterlinden daha az harcanmaktadır. Aşırı alkol tüketiminin sonuçlarını tedavi etmek için tahmini olarak 2,7 milyar sterlin harcanırken sağlıklı içme düzeylerini teşvik etmek için yalnızca 8,7 milyon sterlin (alkol endüstrisi tarafından teşvik için harcanan 800 milyon sterline karşı) harcanmaktadır. Bir diğer sorun olan obezite İngiltere ekonomisine yaklaşık yaklaşık 7 milyar sterline mal olmaktadır. Obezite oranının yüksekliği İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) yılda yaklaşık 4 milyar sterline mal olmakta ve fazla kilolu olmak artan hastalığa neden olduğu için toplam ekonomik maliyet yılda 7 milyar sterline ulaşmaktadır. Özetlemek gerekirse bu gibi bireylerin tercih ettikleri sağlıksız davranışlar yukarıda özet geçilmiş olan dokuz etkinin birlikte ya da tek başına kullanılması ise daha sağlıklı davranış biçimlerine geçebilecekleri (sigara kullanımında şimdiden düzelmeler ortaya çıkmıştır) önermesini ortaya koymaktadır (Behavioral Insight Team, 2010).

Örneğin ergen gebeliklerin azaltılması konusunda; kurallar, haberci ve ego etkileri görülmektedir. Davranışımız, diğer insanların yaptıklarını gördüğümüz şeyden güçlü bir şekilde etkilenir ve "bildirimsel" veya "tanımlayıcı" sosyal norm olarak adlandırılır (Kurallar). Bu etkiler, genç ebeveynliği caydırmak için genç bir anneyi okullara göndermenin neden sorunlu olduğunu açıklamaya yardımcı olur (haberci). Özellikle gençlerde güçlü olan, ne yapılması gerektiğinin söylenmesine (ego) karşı aktif olarak tepki verme eğilimi vardır. Bu nedenlerle Batı Avrupa'da en yüksek ergen gebeliği oranlarına sahip olan İngiltere'de Teens and Toddlers isimli bir yardım kuruluşu ergen gebeliklerini alışılmadık bir şekilde ele almıştır. Gençler, yürümeye yeni başlayan bir çocuğa rehberlik ettikleri 20 haftalık bir programa katılmaktadırlar. Her hafta bir kreşte bir yürümeye başlayan çocukla oynayarak ve gözetim altında tutarak, ebeveynliğin taleplerini ve sorumluluklarını ilk elden deneyimleyerek zaman harcamaktadırlar. Bunu, onlara çocuk gelişimi, ebeveynlik becerileri ve ilişkiler hakkında eğitim veren eğitimli destek görevlileri tarafından yürütülen oturumlar takip etmektedir. Bu oturumlar ayrıca gençlerin deneyimlerini birbirleriyle tartışmaları için bir forum sağlamaktadır. Vakfın altı yıllık çalışmaları sonucunda programa katılanların hamilelik oranının yüzde 2,7 olduğunu, buna karşılık ulusal gençlerin yüzde 4,1



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olduğunu bulunmuştur. Bu düşük oran, programın hedeflediği yüksek riskli gençlere rağmen elde edilmiştir (Teens and Toddlers, 2010).

Bir diğer örnek ise gıda hijyenine aittir. İngiltere Gıda Standartları Kurumu (Food Standards Agency) (2009) verilerine göre İngiltere’de yılda bir milyondan fazla kişi gıda zehirlenmesi geçirmektedir. Gıda zehirlenmesi geçiren 20.000 kişi hastaneye kaldırılırken 500 kişi ise ölmektedir. Gıda zehirlenmesi NHS’ye yılda yılda 1,5 milyar sterline mal olmaktadır. Kanıtlar, bir restoranın hijyen standartları gibi bilgiler halka açık ve belirgin hale getirildiğinde, bu maruz kalmanın o restoranı standartlarını iyileştirmeye motive edeceğini göstermektedir (Dikkat çekici) Potansiyel müşterileri bu tür hijyen bilgilerine maruz bırakmak, özellikle rezervasyon yaptırırken ve aç veya 'sıcak' bir duruma gelmeden önce bu bilgilerden haberdar edildiklerinde, seçimlerini önemli ölçüde değiştirebilir ve daha fazla düzenlemeye gerek kalmadan hijyen iyileştirmelerini güçlü bir şekilde yönlendirebilir. Bu amaçla kamu kurumları beraber çalışmaya başlamış, saygın restaurant yorumcuları ve çok takip edilen (Time Out, Table and Good Food Guide) organizasyonları hijyen standartlarının yanı sıra yemek, servis ve atmosfer kalitesine göre sıralamaya teşvik etmeye başlamışlardır (Behavioral Insight Team, 2010).

Thaler (2008) tarafından ilk olarak kullanılan ve geliştirilen bir konsept olan “nudge” (dürtme) ise insanlara seçenekler verilmesi gerektiğini (özgürlükçü fikir) ancak seçim kararının uzmanlar tarafından yönlendirilmesi gerektiğini öne süren bir kavramdır ve davranışsal iktisat alanında incelenmeye başlanmıştır. Kanıtlar insanların kötü bir seçim yaptığını gösterdiğinde, hükümetin ve diğer kuruluşların insanları kendi çıkarlarına en uygun kararlara yönlendirmesi gerektiği savunulmaktadır. Herhangi bir seçeneği yasaklamaksızın veya ekonomik teşviklerini önemli ölçüde değiştirmeden insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde değiştiren, seçim mimarisinin herhangi bir yönünü” açıklamak için kullanılmıştır. Örneğin Davranışsal Öngörü Ekibi tarafından kurulan “nudge” ekibinin amacı insanları kendileri için daha iyi seçimler yapmaya teşvik etmenin, etkinleştirmenin ve desteklemenin yenilikçi yollarını bulmaktır. Nudge ekibi insanları organ bağışi, sigara kullanımı, obezite gibi sağlık davranışları konusunda davranışlarını etkileyerek olumlu yöne çevirmek için çeşitli çalışmalar yürütmektedir (Rice, 2013: 4)

The MINDSPACE (ya da diğer “politika” tipi politika araçlarının) kullanımı, dikkatli bir şekilde ele alınmayı gerektirebilir - özünde, kamuya izin vermek ve bu araçların nasıl kullanıldığını şekillendirmeye yardımcı olması gerekir. Bunu akılda tutarak, davranış değişikliği politikaları için demokratik izin alma konusunda sorunları ele alıyoruz. Davranış değişikliği ile ilgili tartışmayı anlamak için üç faktörün özellikle nasıl yararlı olduğunu açıklanmaktadır: politikanın kimi etkilediği; ne tür davranışları amaçladığı ve davranış değişikliğinin nasıl gerçekleştirileceğidir (Marteu vd., 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkelerde sermayenin sürdürülebilirliği ve geliştirilmesinin sağlanması ile ilgili çalışmalar genellikle eğitimi temel alsada sağlık da bu durumu sürdürmek için vazgeçilmez değişkenlerden birisidir. Toplum içerisinde sağlıklı olan her kişinin topluma her sahada fayda sağlarken kaynak olarak ekonomiye katkısının da olması beklenmektedir. Toplumu oluşturan bireyler iktisadi birer birim olarak ele alındıklarında, bu bireylerin sağlık durumları ekonominin ilgilendiği bir alan haline gelebilmektedir. Sağlık bilincinin gelişmesi gibi birçok faktörün gelişmesi ile birlikte sağlık hizmeti talebinin artmasıyla sağlığa ayrılan kaynak artmış ve bu durum ekonomi disiplini içinde sağlık ekonomisinin oluşmasına neden olmuştur. Dünya’da sağlıklı olma bilincinin önlenemez yükselişi, ülkelerin bu alana verdiği önemi her geçen gün artırmaktadır. Temel kalkınma



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

göstergesi olarak sağlık göstergelerinin kabul görmesi sağlık ekonomisi alanını geliştirmiş ve çalışmaları artırmıştır.

Sağlık ekonomisini anlamak oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri ekonomisi büyük çaplı ve pahalıdır; sağlık temel risk ve belirsizlik kaynağıdır ve tüm dünyada hükümetler sağlık hizmetleri sistemlerinin finansmanına derinlemesine katılırlar (Bhattacharya vd. 2021: 1).

Toplumda sağlıklı bireylerin sayısının sahip olması bir toplumu her açıdan güçlendirir. Sağlıklı bir toplum için ise sağlık ihtiyacını karşılayacak sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekir. Ülkemizde sağlık hizmetleri için yapılan sağlık harcamaları kamu yoğunluklu olmak üzere özel ve kamu sektörü tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde GSYİH içinde sağlığa ayrılan pay giderek azalmış ve OECD ülkelerinin ortalamalarının altında kalmaktadır.

Çoğu insan sağlığına değer verir, ancak onu baltalayan şekillerde davranmaya devam eder. Bu, hayattaki diğer şeylere sağlıklarından daha fazla değer vermek için zaman içinde farklı anlarda olan bireyler tarafından kasıtlı bir eylemi yansıtabilir. Ayrıca kasıtsız bir eylemi de yansıtabilir. Değerler ve davranış arasındaki bu boşluk, insan davranışının iki sistem tarafından şekillendirildiği ikili bir süreç modeli kullanılarak anlaşılabilir. Birincisi, değerlerimiz ve niyetlerimiz tarafından yönlendirilen, yansıtıcı, hedefe yönelik bir sistemdir. Sınırlı olan bilişsel kapasite veya düşünme alanı gerektirir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik birçok geleneksel yaklaşım, bu sistemi devreye sokmaya bağlıdır. Çoğu zaman bilgi sağlamaya dayalı olarak, inanç ve tutumları değiştirmek, insanları gelecekteki faydalar beklentisiyle motive etmek veya kendi kendini düzenleme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır. En iyi ihtimalle, bu yaklaşımlar davranışları değiştirmede çok az olarak etkili olmuştur. Davranışsal İktisat, sosyal bilimlerde multidisipliner ve interdisipliner çalışmanın önemini ortaya koymuştur. Ayrıca insanların ekonomik kararları her zaman rasyonel şekilde vermediklerini, hep faydayı en yüksekte tutmanın peşinde olamayabileceklerini, karar verirken psikolojik ve sosyolojik ve unsurların da etkin rol oynayabileceğini belirtmektedir (Lewis vd. 2009: 432). Kararların alındığı ortamı ya da bağlamı değiştiren politikalar ve belirli yönlerde “nudge” insanlar geçmişte çok az ilgi görmüştür. Bununla birlikte, pek çok ülkede sağlık harcamaları artmaktadır- bilgi ve teşvikler gibi geleneksel politika mekanizmalarının yaygın olarak uygulanmasına rağmen- bu politikalar şimdi politika yapımcıların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının ilgisini çekmektedir.

Bir ülkedeki hem bireysel ihtiyaçları hem de bir bütün olarak toplum sağlığını kapsayan sağlık harcamalarının düzeyi ve bunun zaman içinde nasıl değişeceği, sağlık sisteminin finansman ve organizasyonel düzenlemelerinin yanı sıra çok çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlıdır (OECD, 2019: 150). Sağlık harcamalarının büyümesini yavaşlatmaya yönelik girişimlerde, politika araçlarının hangi kombinasyonunun kalite, erişim ve maliyet etkinliğinin doğru dengesini sağlayabileceği konusunda tartışmalar sürmektedir.

Geleneksel araçlar önemlidir ve önemli olmaya devam edecek, ancak sınırlı başarıları vardı. Kuşkusuz, geleneksel politikaların farklı kombinasyonları ile ya da onları daha titiz bir şekilde uygulayarak daha fazla şey yapılabilir. Ancak sürdürülemez harcamalarla karşı karşıya kalan sağlık sistemleri için davranışsal ekonomiye dayalı yaklaşımlar güçlü bir dizi yeni ve geliştirilmiş politika aracı sunmaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci %100 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1984), Cost Containment in 12 European Countries. *World Health Statistical Quarterly*, 37:351-362.
- Aboubacar, B., & Xu, D. (2017). The impact of health expenditure on the economic growth in Sub-Saharan Africa. *Theoretical Economics Letters*, 7(3), 615-622
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akın, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, (Yüksek Lisans), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- Behavioral Insight Team. (2010). Applying Behavioral Insight to Health. Erişim adresi: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/60524/403936_BehaviouralInsight_acc.pdf
- Berk, P.D. (1993), Restructuring American Health Care Financing: First of All, Do No Harm! *Hepatology*, 18: 206-215.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. ve Tu, P. (2021). Sağlık Ekonomisi. (Çev.Ed. Ç. E. Akyürek). Ankara: Nobel Yayınevi, (Orijinal yayın tarihi, 2014)
- Brot-Goldberg, Z. C., Chandra, A., Handel, B. R., and Kolstad, J. T. (2017). What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(3), 1261-1318.
- Camerer, C. F., & Loewenstein, G. (2011). CHAPTER ONE. Behavioral Economics: Past, Present, Future. In *Advances in behavioral economics* (pp: 3-52). Princeton University Press.
- Can, M. (2020). Sağlık Ekonomisi. E.B. Biçer (Edt). *Sağlık Yönetiminde Temel Yaklaşımlar*. (ss: 339-360.) Ankara: Nobel.
- Çelik Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çınaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 876-897.
- Çiçeklioğlu, M. Türkiye’de Sağlık Reformları. Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, *Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupalı Birimi XVI. Konferansı Bildiri Kitabı*, (ss. 67-68).
- Dieleman, J. L., & Hanlon, M. (2014). Measuring the displacement and replacement of government health expenditure. *Health economics*, 23(2), 129-140.
- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., & Vlaev, I. (2010). MINDSPACE: influencing behaviour for public policy. Institute for Government. 10 Eylül 2021 tarihinden <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/MINDSPACE.pdf> adresinden erişilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., Metcalfe, R., & Vlaev, I. (2012). Influencing behaviour: The mindspace way. *Journal of Economic Psychology*, 33(1), 264-277.
- Egemen, İ. (2019). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2), 409-420.
- Erol, H. ve Özdemir A (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1,): 29-34
- Food Standards Agency (2009) *Annual Report of the Chief Scientist 2008*. London: Food Standards Agency. 10 Kasım 2021’de https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/247741/0132.pdf adresinden alınmıştır.
- Green, A. (1995), *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Hartman, Micah; Martin, Anne B.; Benson, Joseph; Catlin, Aaron (2019). *National Health Care Spending In 2018: Growth Driven By Accelerations In Medicare And Private Insurance Spending*. *Health Affairs*, (1)2020,1:10.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis*. Seattle, WA: IHME, 2020.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *American economic review*, 93(5), 1449-1475.
- Kar, M., ve Taban, S. (2003). “Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri, Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi, 58(3): 145-169.
- King, D., Greaves, F., Vlaev, I., & Darzi, A. (2013). Approaches based on behavioral economics could help nudge patients and providers toward lower health spending growth. *Health Affairs*, 32(4), 661-668.
- Kitapçı, İ. (2017). Rasyonaliteden İrrasyonaliteye: Davranışsal İktisat Yaklaşımı ve Bilişsel Önyargılar. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 85-102
- Kocasoy, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı, (Yüksek Lisans), Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon
- Lewis, A., Carrera, S., Cullis, J., & Jones, P. (2009). Individual, cognitive and cultural differences in tax compliance: UK and Italy compared. *Journal of Economic Psychology*, 30(3), 431-445.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. V. (1994). Health and human rights. *Health and Human Rights*, 1: 6-23.
- Mann, J. M. (1997). Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Center Report*, 27(3), 6-13
- Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M., & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health?. *BMJ: British Medical Journal*, 342.
- Mushkin, J. S., (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*.Vol. 73(9): 785-794.
- Mutlu, A, ve Işık, A. K. (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitapevi
- Nehri, S. ve Yalçın, S. (2019). Tıbbi Cihaz Teknolojileri ve Ülkemizdeki Yeri, C. Özlü (edt). Sağlıkta Yeni Nesil Teknolojiler, Ankara: Akademisyen Kitabevi
- OECD. (2013). What Future for Health spending?. OECD Economics Department Policy Notes, No. 19. 10 Kasım 2021’de <https://www.oecd.org/economy/health-spending.pdf> adresinden ulaşılmıştır.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 10 Kasım 2021’de <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> adresinden ulaşılmıştır.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Reinke, W.A., ve Hall, T.H. (1988), Political Aspects of Health Planning. In Reinke, W.A. (ed). Health Planning for Effective Management. Oxford University Press
- Saltman, R.B. ve Figueras, J. (eds), (1997), European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Schwartz, W.B. and Mendelson, D.N. (1991), Hospital Cost Containment in the 1980s: Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990s. *The New England Journal of Medicine*. 324(5): 1037-1042
- Şahbaz, İ. (2009). Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı. *TBB Dergisi*, (86), 405-424.
- Şahin, Ü., Sarıkaya, M. ve Cömert M. Ülkemiz Sağlık Hizmetlerinde Değişim ve Hastanelerde Bilgi Teknolojisinin Kullanımı, 2. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Özet Bildiri Kitabı*, (ss: 67-72).
- Teens and Toddlers. (2010). Teens and Toddlers Integrated Process Evaluation 10 Kasım 2021'de https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_113227-8_0.pdf adresinden erişilmiştir.
- Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı,, ALMA ATA BİLDİRİSİ (1978) 15 Eylül 2021'de https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36 adresinden alınmıştır.
- Tutar, F. ve Kılınc, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1), 31-54.
- Wang, K. M. (2011). Health care expenditure and economic growth: Quantile panel-type analysis. *Economic Modelling*, 28(4), 1536-1549.
- WHO. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. 1 Kasım 2021'de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498> adresinden alınmıştır.
- WHO. (2020) Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO